

Bulletin d'inscription

Bulletin à retourner à :

Institut de Formation en Soins Infirmiers – Formation Continue
A l'attention de Mme Séverine GUILLOT
1 avenue de l'hôpital - EPAGNY METZ TESSY – BP 90074
74374 PRINGY Cedex - ANNECY
ou par mail : ifsi.formation.continue@ch-annecygenevois.fr

Formation souhaitée

Intitulé de la formation :
Dates :
Coût :

Participant ¹

Nom :
Nom de naissance (si différent du nom) :
Prénom :
Date de naissance :
Fonction/grade :
Adresse personnelle :
.....
Adresse électronique :
Téléphone (fixe et/ou portable) :

Adresse d'exercice principal :
.....

Mode d'exercice dominant (≥ 50 %) :

- salarié mixte
 libéral service de santé des Armées

N° ADELI : ou N° RPPS :

Prise en charge : employeur² individuelle

¹ « Vos données personnelles sont conservées à des fins administratives tout au long de votre formation et le sont à des fins d'archivage une fois celle-ci achevée.
Vous pourrez à tout moment solliciter la suppression de vos données personnelles lorsque vous quitterez l'établissement (fin de formation, etc...). »

² fournir une attestation de votre employeur prouvant qu'il est au courant de votre démarche et/ou projet

Etablissement (si prise en charge par l'employeur)

Désignation de l'employeur :
.....
.....

Adresse :
.....
.....
.....

N° SIRET :

Code service CHORUS :

Nom du responsable de l'inscription :
.....

Téléphone :

Adresse électronique :

Convention de formation : oui non

(préciser le nom de la personne habilitée à signer la convention) :
.....
.....

Fait à _____ , le _____

Signature du stagiaire

Signature et cachet de l'établissement
(si prise en charge par l'employeur)